

NOVAS FORMAS DE GESTÃO DAS POLÍTICAS INDIGENISTAS

Elizabeth Maria Bezerra Coelho

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

NOVAS FORMAS DE GESTÃO DAS POLÍTICAS INDIGENISTAS

Resumo: Análise das formas de participação indígena no contexto das políticas indigenistas, focalizando os espaços de atuação conquistados pelos índios e aqueles previstos nas determinações oficiais. Toma como referência empírica a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as Diretrizes Nacionais para a Educação Escolar Indígena. Utiliza como categoria analítica as noções de colonialidade do poder e do saber (Quijano, 2005).

Palavras-chave: povos indígenas, política indigenista, colonialidade do poder.

NEW WAYS TO MANAGE INDIAN POLICIES

Abstract: This paper analyses the Indians' participation in the State's Health and Education policies for Indigenous people. It focuses the Indians' platforms to conquered by them and their issues in national policies and in national platforms considering Indians' participation. It is based on the National Health and Education policies for Indians. It explains the Brazilian pride in ethnic pluralism and the country's desire for national homogeneity.

Key Words: Indians, Indians' policies, power coloniality.

Recebido em: 24.04.2009. Aprovado em: 30.05.2009.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, formaliza o reconhecimento da multiculturalidade do Estado Brasileiro. A garantia de respeito à diversidade cultural dos povos indígenas, expressa no Cap. VIII, artigo 231, foi produto de reivindicações postas pelos índios na Assembléia Nacional Constituinte e tem se constituído em fonte de elaboração de políticas que se pretendem voltadas para sua efetivação:

São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo a União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. (BRASIL. Constituição..., 1988, p. 150).

O reconhecimento oficial da diversidade brasileira deu-se no contexto de um processo de descentralização administrativa das ações do governo. As ações indigenistas, antes centralizadas em um órgão específico, a Fundação Nacional do Índio-FUNAI, foram transferidas para outros órgãos públicos. No âmbito da educação, as ações ficaram a cargo do Ministério da Educação. No que se refere à Saúde, as ações passaram para a jurisdição do Ministério da Saúde.

Cabe destacar a ambiguidade desse movimento do Estado que, ao reconhecer a diversidade, transfere as ações indigenistas de saúde e de educação para o Sistema Nacional de Saúde e para o Sistema Nacional de Educação, respectivamente.

O novo discurso oficial¹, expresso nas políticas públicas indigenistas, toma como base, além do respeito às especificidades dos povos indígenas, a participação indígena. As políticas voltadas para a demarcação de terras, à educação escolar, e ao atendimento de saúde, contêm a previsão de instâncias através das quais se dará a participação indígena em todas as etapas do processo, desde a elaboração à implementação.

A forma como essa “participação” tem sido prevista constitui-se como uma réplica das formas de participação presentes em outras políticas públicas que não são direcionadas a povos indígenas. Isso implica em, ao construir as instâncias de participação, negar o que seriam os princípios básicos das novas políticas indigenistas, a especificidade e a diferenciação.

Procurou discutir como vem se dando a participação indígena nos termos propostos oficialmente e, principalmente, como os índios têm ressignificado esses espaços de participação, construindo estratégias próprias de mobilização.

A discussão toma como referência as observações feitas em campo por ocasião do desenvolvimento de duas pesquisas: uma, voltada para as políticas indigenistas de educação e, outra, para as de saúde, que estão sendo desenvolvidas desde 2002.²

2 POLÍTICAS INDIGENISTAS E PARTICIPAÇÃO INDÍGENA

As políticas indigenistas elaboradas após o reconhecimento do Brasil como um estado multicultural enfatizam em seus discursos a participação indígena. No caso das políticas indigenistas de educação explicitam que as “comunidades indígenas exigem e têm o direito a isso, que sejam índios os professores de suas escolas”. (BRASIL. Ministério da Educação..., 1993, p.21). Acrescenta que a relação educador/educando deve ser mediatizada pela comunidade indígena.

A escola indígena deve integrar-se ao cotidiano das atividades do grupo envolvendo toda a comunidade, quer na definição dos objetivos a serem atingidos pelo processo de escolarização formal, quer quanto ao gerenciamento de seu funcionamento. (BRASIL. Ministério da Educação..., 1993, p.19).

No entanto, o discurso de respeito aos padrões culturais das comunidades indígenas é desautorizado pelo discurso de formação dos professores indígenas, de implantação de um currículo mínimo nas escolas indígenas, pautado nos chamados saberes universais, e pela obrigatoriedade do uso de português nas escolas indígenas, mesmo que associado ao uso das línguas indígenas.

O que se pode observar é que os espaços de participação indígena no âmbito das diretrizes para a política nacional de educação escolar indígena são cerceados pela inserção das escolas indígenas no Sistema Nacional de Educação, submetendo-as às suas regras e conteúdos disciplinares. A participação indígena deve se dar devidamente qualificada, formada pelos gestores da sociedade brasileira.

No âmbito das políticas indigenistas de saúde, repete-se, ainda com mais ênfase, o discurso da participação indígena. Produto de uma adaptação do Sistema Único de Saúde-SUS, o modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI, baseia-se no controle social, que deve ser efetivado através de conselhos locais e distritais.

A estrutura administrativa do DSEI prevê a constituição de Pólos-Base³, como instâncias de atendimento primário, que deveriam estar próximas aos índios. Observando a forma como o quadro dos Pólos-Base foi desenhado no DSEI-MA, é possível perceber que um só Pólo atende a diferentes povos indígenas. O Conselho Local passa, dessa forma, a ser constituído por membros de diferentes povos, com diferentes línguas, diferentes concepções do que seja saúde e doença e diferentes histórias de contato com a sociedade brasileira. Somam-se a isso os históricos conflitos entre povos indígenas.

Pólos-Base	Povo
1. Zé Doca	Tentehar/Guajajara, Awá/Guajá, Ka'apor/Urubu
2. Arame	Tentehar/Guajajara
3. Amarante	Tentehar/Guajajara, Krikati e Pukobiê/ Gavião
4. Grajaú	Tentehar/ Guajajara
5. Barra do Corda	Ramkokamekra/ Kanela, Apaniekra/ Kanela, Krepu'mkateyê e Tentehar/Guajajara.

Quadro 1 - Pólos-Base no Maranhão/ 2000.

O Pólo-Base de Zé Doca constituiu-se para atender a três diferentes povos: Tenetehara/ Guajajara, Awá/Guajá e Ka'apor/Urubu. Enquanto os primeiros possuem mais de quatrocentos anos de contato, os dois últimos foram contatados há nove e três décadas, respectivamente. Os Tentehar são bilingues, com razoável domínio do português. Os Ka'apor e os Awá são monolíngues, sendo poucos os falantes do português.

Situação semelhante pode ser observada no Pólo-Base de Barra do Corda, que atende a quatro diferentes povos. Como pensar o funcionamento de um conselho de composição "internacional", que deve discutir as ações e serviços de saúde?

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003) a despeito de seu discurso de respeito às especificidades dos povos indígenas, expressa ambiguidades. As formas de participação indígena nela previstas desconsideram as formas pelas quais se articulam as decisões no âmbito das sociedades indígenas.

Uma das instâncias privilegiadas de "participação indígena", o conselho local, está previsto ser constituído exclusivamente por índios. Conforme a PNASPI:

Os conselhos locais de saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p.225).

A outra forma oficial de "participação indígena" deve ocorrer no Conselho Distrital. Conforme a PNASPI,

Serão instâncias de Controle social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos. Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p.225).

No caso do Maranhão, o território distrital corresponde a todos os povos indígenas, pois só há um DSEI. Esse conselho, além reunir oito povos indígenas, possui como membros representantes de mais um povo, brasileiro. Nesse caso, as dificuldades de comunicação são ampliadas pelo que Oliveira (2001, p.249) denomina diálogo intolerante, cuja peculiaridade está:

[...] na própria estrutura do diálogo que, a rigor, se dá entre indivíduos situados em campos semânticos distintos. A superação desse semântical gap é que parece se constituir no grande desafio, mesmo entre pessoas de "boa-fé" e preocupados em chegar a um consenso.

Os aspectos acima enumerados seriam suficientes para expressar a dificuldade em perceber essas instâncias como de participação indígena. Mas são agravados pela inoperância do DSEI-MA que demorou em constituir o Conselho Distrital, e quando o fez, jamais estabeleceu um calendário de reuniões.

A outra forma de participação indígena, proposta pela PNASPI 2002, deve ocorrer através da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde-AIS. Estes seriam responsáveis pela atenção básica nas aldeias. Ocupariam lugar equivalente ao dos agentes indígenas de saúde do Sistema Único de Saúde-SUS.

As dificuldades que se colocam para a atuação tanto dos AIS, quanto dos conselheiros, são percebidas pela PNASPI 2002 como facilmente superáveis, através de programas de formação e capacitação. Com relação aos AIS, a PNASPI, coloca:

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é

uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. (BRASIL. Ministério da Saúde 2003, p. 219).

E acrescenta,

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional-LDB (Lei nº9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 219),

A formação dos AIS, de forma explícita, aponta para a introdução dos saberes biomédicos e da formação escolar nos diferentes níveis. Esse encaminhamento expressa a *colonialidade do saber/poder* (QUIJANO, 2005), no bojo de um processo de continuidade do processo de escolarização, estimulado pelas políticas públicas indigenistas. Da mesma forma que a PNASPI (2002), O Plano Nacional de Educação, de 2001, estabeleceu em sua meta de n. 17 a formação de professores indígenas em nível superior.

Esse processo pode ser analisado a partir da perspectiva das *gramáticas do idioma* como uma prática disciplinar. González Stephan (apud CASTRO-GOMEZ, 2005) chama a atenção para o exercício da escrita, que no século XIX respondia à necessidade de ordenar e instaurar a lógica da civilização e antecipava o sonho modernizador das elites criollas. Argumenta que a palavra escrita constrói leis e identidades nacionais, planeja programas modernizadores e organiza a compreensão do mundo em termos de inclusões e exclusões.

A participação indígena, na saúde e educação indigenistas, é proposta pelo Estado de modo regulado por seus próprios parâmetros. Os critérios apontados para a escolha do agente indígena de saúde, ou mesmo do professor indígena, estão atrelados a referências da sociedade brasileira, como por exemplo, nível de escolaridade. Exige-se para ser agente indígena de saúde o segundo grau completo. Para o cargo de professor indígena, a escolaridade varia segundo o nível de ensino ministrado pelo professor: segundo grau para o ensino de 1ª a 4ª séries e superior para o ensino de 5ª a 8ª series.

Não só a escolha dos agentes e professores indígenas está subordinada a critérios da sociedade brasileira. A escola indígena deve enquadrar-se aos vários níveis de ensino do Sistema Nacional de Educação e o Posto de Saúde Indígena, onde atua o agente indígena, deve ser aparelhado segundo critérios da biomedicina, incluindo seus medicamentos.

As Diretrizes para a *Política Nacional de Educação Escolar Indígena*, da mesma forma que a *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* podem ser compreendidas como estratégias de subalternidade dos saberes, ou, pensando junto com Edgardo Lander (2005) novas formas de poder e de controle, mais sutis e refinadas, numa dinâmica de colonialidade do saber/poder.

A forma como se apresenta a chamada participação indígena se reveste de apelos tentadores, especialmente porque envolvem pagamento de salários⁴ e os índios passam a incorporar em suas lutas a demanda por mais vagas de professores e agentes de saúde, assim como de qualificação/capacitação para poder pleitear esses cargos.

Os índios têm atuado intensamente no que se refere ao gerenciamento dos recursos humanos e financeiros voltados à saúde e educação indigenistas. Essa atuação costuma ocorrer por caminhos não previstos nas Políticas Nacionais de Saúde e Educação para os Povos Indígenas.

Segundo a *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* (2002), os conselhos locais e o distrital seriam as instâncias de encaminhamento de denúncias e reivindicações com vistas à deliberação sobre os rumos do atendimento à saúde indígena.

O que tem ocorrido é o encaminhamento direto às instâncias administrativas do DSEI, de solicitações de mais vagas para Agentes Indígenas de Saúde-AIS, posicionamentos relacionados à contratação ou demissão de funcionários, desde aqueles que deveriam atuar nas aldeias (AIS e Auxiliar de Enfermagem) até o Chefe de operações do DSEI - São Luís. As demandas indígenas ocorrem, também, com relação à liberação de recursos para a saúde, o envio de medicamentos para as aldeias e CASAI, e, principalmente, veículos para o deslocamento dos doentes em busca de atendimento médico na cidade.

No âmbito das Diretrizes Para a *Política Nacional de Educação Escolar Indígena* (BRASIL. Ministério de Educação e Cultura, 1993) a participação indígena está prevista principalmente no papel do professor indígena. No entanto, do mesmo modo que vem ocorrendo no contexto da saúde, os índios têm buscado participar de forma intensa, extrapolando as formas reguladas e interferindo na contratação e demissão de funcionários e professores, indígenas ou não, na compra da merenda escolar, na construção de escolas, no gerenciamento do transporte escolar, etc.

Essas ações são associadas a formas mais radicais e não burocráticas de expressão de demandas; ocorrem através de estratégias de pressão, tais como bloqueio de rodovia e ferrovia, manutenção de funcionários dos órgãos indigenistas como reféns, seqüestro de veículo dos órgãos oficiais, invasão de prédios públicos, dentre outras.

Essas práticas têm dado um novo perfil ao gerenciamento dessas políticas, que acabam sendo conduzidas ao sabor das pressões indígenas, do temor por parte dos funcionários “brancos” das represálias indígenas, configurando novos quadros burocráticos administrativos que requerem melhor análise.

Portanto, paralelamente aos espaços “autorizados oficialmente” de participação indígena, os índios têm construído, utilizando-se, ou não, da legitimidade concedida pelos espaços autorizados, mecanismos outros de participação. Numa dinâmica que se apresenta como uma permanente tensão entre acatar e romper com as regras postas pelo Estado, têm conseguido ditar parte das regras do campo político em questão.

3 PARTICIPAÇÃO INDÍGENA (DES)AUTORIZADA

O que venho denominando “participação indígena autorizada”, no âmbito dos povos indígenas que vivem no Maranhão, vem ocorrendo de forma precária, fragilizada. Os Conselhos de Saúde, locais e Distrital, demoraram a ser constituídos e não se reúnem com regularidade. Os agentes indígenas de saúde, assim como os professores indígenas, ocupam lugar subalternizado nas estruturas administrativas, montadas para gerenciar essas ações.

Mesmo que atuassem conforme previsto na legislação, não atenderiam aos interesses indígenas. Os critérios oficiais de definição e seleção de conselheiros e professores não se adequam às formas de representatividade indígenas. Conforme Garnelo e Sampaio (s/d, p.3):

As sociedades indígenas não partilham a idéias de democracia representativa tipo grega; aqui a noção de representação não contempla a delegação de autoridade e da possibilidade de decidir pelos representados. O poder do chefe político indígena não tem alcance

suficiente para tomar decisões que possam alterar a realidade social de seus liderados e nem tem como garantir que suas decisões e acordos sejam por estes cumpridos. Como sua autoridade é centrada no uso da palavra eles não conduzem os liderados conforme seus desejos, mas enunciam propostas e pontos de vistas que podem ser considerados seguidos ou rejeitados pelos liderados.

Da mesma forma, os critérios de avaliação das escolas indígenas, postos em prática pelos gestores não indígenas, dificilmente contemplariam os valores indígenas.

Diante deste cenário, têm sido freqüentes as ações indígenas que visam intervir nas dinâmicas da saúde e da educação indigenistas. Muitas das demandas referem-se à efetivação do que está posto nas políticas.

À revelia dos dispositivos oficiais, os índios têm construído caminhos e formas de participação e, através deles, obtido sucesso em muitas de suas demandas. Utilizam estratégias tais como a retenção de funcionários e viaturas públicas nas aldeias; bloqueio de rodovias e ferrovia; ocupação de prédios da administração pública onde são gerenciadas a saúde e a educação indigenistas; derrubada de rede de transmissão de energia elétrica que corta terras indígenas; denúncia nos meios de comunicação; acionamento do Ministério Público Federal.

Com relação aos recursos humanos, são freqüentes os encaminhamentos de denúncias da atuação de Agentes Indígenas de Saúde, assim como as solicitações de contratação de novos. Diferentes manifestações foram organizadas em prol da demissão do chefe de operações do DSEI, que acabaram por obter sucesso, especialmente a invasão dos Prédios da FUNASA em São Luís, ocorrida em 2003.

No que se refere à estrutura administrativa do DSEI, que no Maranhão havia se constituído de cinco Pólos-Base, a mobilização dos diferentes povos por eles atendidos provocou a alteração do quadro inicial.

A nova configuração dos Pólos-Base, que não pode ser vista como definitiva, indica considerável ampliação, de cinco, para doze Pólos/Núcleos. O novo desenho atende a dissidências entre e intrapovos.

PÓLOS-BASE	POVOS	NOVA CONFIGURAÇÃO
Zé Doca	Tenetehara/Guajajara, Awá/Guajá Ka'apor/Urubu	Um
Arame	Tenetehara/ Guajajara	Dois
Amarante	Tenetehara/ Guajajara, Krikati e Pukobiê/ Gavião.	Três
Grajaú	Tenetehara	Três
Barra do Corda	Ramkokamekra e Apaniekra-Kanela, Krepunkateyê Tenetehara/ Guajajara	Três

Quadro 2 - Reconfigurações dos Pólos-Base no Maranhão

A criação de novas instâncias de atendimento ocorreu num clima de muita disputa, onde foram acionadas as estratégias de pressão já referidas. A maioria dos Pólos-Base foi fracionada, separando o atendimento por povo, como ocorreu em Barra do Corda e Amarante. A solução administrativa encontrada foi a criação de Núcleos que funcionariam como subdivisões dos antigos Pólos.

Em grande parte dos Núcleos, os índios estão assumindo o controle administrativo, seja através dos trâmites formais, seja via ocupação “informal” do cargo. Esta última situação tem ocorrido, por exemplo, na Casa de Apoio à Saúde do Índio, em Amarante, onde o chefe da casa, formalmente designado, não exerce essa função, que está a cargo de uma Agente Indígena de Saúde.

As estratégias desautorizadas de participação indígena são geralmente articuladas pelas novas lideranças indígenas que estão se constituindo no processo de ocupação de cargos de professor, agente de saúde e conselheiro, que os coloca mais diretamente em contato com o mundo não indígena e possibilita maior conhecimento dos possíveis espaços de pressão.

Com isso, os índios têm conseguido diversas conquistas. Cargos não previstos no desenho das políticas oficiais foram criados, dentre eles o de consultor indígena junto à direção da gestão da educação e da saúde indigenistas.

As formas desautorizadas de participação possibilitaram, também, que os índios interferissem na indicação do coordenador do DSEI no Maranhão, assim como dos chefes dos Pólos-Base.

Desenha-se dessa forma a participação indígena num movimento de descolonização do saber/poder, no qual os índios buscam impor suas demandas segundo seus interesses.

4 CONCLUSÃO

As formas de “participação indígena” de direito e as conquistadas são dimensões de um processo de gestão de políticas indigenistas de saúde, marcado pela tensão entre a especificidade e a universalidade.

Subordinados a uma dinâmica de *colonialidade de poder/saber* (QUIJANO, 2005), os povos indígenas buscam espaços de afirmação num movimento que oscila entre a afirmação de seus valores e a atração pelos valores e bens da sociedade brasileira.

Ao ocuparem os espaços de decisão, ressignificam práticas burocráticas, articulando-as às suas próprias lógicas. No entanto, submetem-se à força da imposição dos saberes biomédicos e da *única ordem possível* (Lander, 2005). Passam a reivindicar a capacitação que aprendem a considerar necessária a sua participação no atendimento à saúde, assim como os medicamentos passam a ser um grande sonho de consumo, em detrimento de suas práticas terapêuticas.

Disputam, internamente, os cargos, fundamentalmente de AIS. Tem sido justamente a disputa por salários e pelo poder de controlar recursos e ações da saúde indigenista os responsáveis por novas formas de conflito nas aldeias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10 jan. 2001.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 254 de 31.01.2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. In: FUNAI. **Legislação Indigenista Brasileira e normas correlatas**. Brasília, 2003.

BHABHA, Homi. **O local da cultura**. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

CASTRO-GOMEZ, Santiago. Ciências Sociais, violência epistêmica e o problema da “invenção do outro”. In: LANDER, Edgardo. **A colonialidade do saber**. eurocentrismo e ciências sociais. perspectivas latino-americanas. São Paulo: Clacso Livros, 2005.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. **Bases Sócio Culturais do Controle Social em Saúde Indígena: Problemas e Questões na Região Norte do Brasil**. [S. l.: s/d]. Mimeo.

KYMLICKA, Will. **Ciudadania Multicultural**. Barcelona: Paidós, 1996.

LANDER, Edgardo. Ciências Sociais: saberes coloniais e eurocêntricos. In: _____. **A colonialidade do saber**. eurocentrismo e ciências sociais. perspectivas latino-americanas. São Paulo: Clacso Livros, 2005.

MINGNOLO, W. **Histórias Locais/Projetos globais**. Colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar. Belo Horizonte: Humanitas, 2003.

MONSERRAT, Guibernau. **Nacionalismos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Sobre o diálogo intolerante. In: GRUPIONI, L. D et al. **Povos Indígenas e tolerância**. São Paulo: EDUSP, 2001.

QUIJANO, A. **Colonialidade do poder. Eurocentrismo e América Latina**. In: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. perspectivas latino-americanas**. São Paulo: Clacso Livros, 2005.

SEMPRINI, Andréa. **Multiculturalismo**. São Paulo: Edusp, 1997.

SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés. A universalidade Parcial dos Direitos Humanos. In: GRUPIONI, L. D et al. **Povos Indígenas e tolerância**. São Paulo: EDUSP, 2001.

NOTAS

1. Refiro-me ao discurso produzido pós-Constituição de 1988.
2. Estado Poliétnico e Políticas Públicas: as políticas indigenistas, pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico-Brasil e Saúde Indigenista e participação indígena, financiada pelo Ministério da Saúde e pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Maranhão-Brasil. Ambas coordenadas por mim.
3. Estado Poliétnico e Políticas Públicas: as políticas indigenistas, pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico-Brasil e Saúde Indigenista e participação indígena, financiada pelo Ministério da Saúde e pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Maranhão-Brasil. Ambas coordenadas por mim.
4. Professores indígenas e agentes indígenas de saúde recebem salários pagos pelo estado.

Elizabeth Maria Bezerra Coelho

Doutora em Sociologia. Professora Associada da Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Sociologia e Antropologia; Professora dos Programas de Pós-Graduação em Ciências Sociais e em Políticas Públicas; Coordenadora do Grupo de Pesquisa Estado Multicultural e Políticas Públicas.

E-mail: betac@elo.com.br.

Universidade Federal do Maranhão

Av. dos Portugueses, s/n – Campus do Bacanga.
São Luís – MA
CEP: 65.085-580